

La journée de mon enfant du .. /.. /..

À remplir à la maison



Ce que mange
mon enfant

Petit déjeuner :

Aujourd'hui votre enfant se sent :



Pour quelle(s) raison(s) :

.....

.....

.....

.....

Durée :

Repas du Midi :

Durée :

Goûter de l'après-midi :

Durée :

Repas du soir :

Durée :

Lever à : .. h ..

Coucher à : .. h ..

A-t-il bien dormi ?

Oui ☐ Non ☐

Si non,
pour quelles raisons?

.....

.....

.....

Qu'a-t-il mangé et bu en dehors
des repas ?

.....

.....

.....

A quel moment ?

.....

.....

.....

Comment il dort



Il bouge
(déplacements à
pieds, jeux de ballon,
jeux d'eau, vélo ...)

Activité

Où

Durée

Durée totale



Il bouge peu
(Jeux de construction,
puzzle, écrans, dessin...)

Activité

Où

Durée

Durée totale



À remplir avec le professionnel de santé

Mes objectifs

Vous pouvez définir un ou plusieurs objectifs

☐ Pour la prochaine fois nous choisissons en famille de changer :

Êtes-vous sûr de mettre en place ce changement ?

Pas du tout sûr → Très sûr
1 2 3 4 5

☐ Pour la prochaine fois nous choisissons en famille de changer :

Êtes-vous sûr de mettre en place ce changement ?

Pas du tout sûr → Très sûr
1 2 3 4 5

☐ Pour la prochaine fois nous choisissons en famille de changer :

Êtes-vous sûr de mettre en place ce changement ?

Pas du tout sûr → Très sûr
1 2 3 4 5

À remplir à la maison après la consultation

Depuis la dernière consultation j'ai pu changer :

Rejoins-nous sur facebook

